

Medicina del territorio: il Pnrr e il ‘non senso’ delle Case di Comunità

Le Case di Comunità hanno senso se inserite nella rete sociosanitaria esistente a partire dalla Medicina Generale, a dimensione orizzontale e non gerarchica. Ma non è affatto questa la caratteristica di quelle descritte nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il rischio, visti i criteri ragionieristici con cui dovrebbero essere realizzate, che prescindono dalle caratteristiche orografiche e geo-demografiche, è quello di costruire delle classiche cattedrali nel deserto con una presenza simbolica di Mmg e sganciate dall’organizzazione territoriale reale

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale, Flero (BS)

Il Pnrr approvato dal Parlamento italiano promette una svolta radicale delle *policy* del territorio grazie alla diffusione di tre tipologie di servizi: le Case di Comunità, le Centrali Operative dell’ADI e gli Ospedali di Comunità. Il copioso finanziamento garantito dalla UE nel periodo 2022-2026 configura quella riforma delle cure primarie, mai attuata nell’ultimo decennio, per promuovere l’integrazione ospedale-territorio e rilanciare la sanità di prossimità. Gli *standard* previsti condizioneranno le successive norme attuative per l’utilizzo dei finanziamenti UE, così ripartiti:

- 2 miliardi per 1.288 Case della Comunità (1 ogni 46mila abitanti circa) con punto unico di accesso (PUA) ai servizi, da realizzare entro la metà del 2026
- 4 miliardi per 602 Centrali Operative Territoriali (COT, 1 ogni 100mila abitanti) dedicate alla gestione ADI
- 1 miliardo per 380 Ospedali di Comunità con 20-40 posti letto (1 ogni 156mila abitanti) da realizzare sempre entro il 2027.

Nella sede fisica della Casa della Comunità opererà un *team* multi-

professionale composto da Mmg, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti sanitari e del settore sociale, con l’obiettivo di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi previsti, oltre alla valutazione multidimensionale dei bisogni, vi saranno anche un punto prelievi, strumentazione tecnologica specialistica, servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari e socioassistenziali per la presa in carico di anziani e fragili. Per ognuna delle 1.288 Case della Comunità, da inaugurare entro il 2026, è previsto un costo di circa 1,6 mln di euro per l’infrastruttura e la dotazione tecnologica, con la seguente “pianta organica”: 5 dipendenti amministrativi, 10 Mmg e 8 infermieri. Il rinnovo dell’Acn per l’assistenza primaria dovrà promuovere l’adesione al progetto dei medici convenzionati senza i quali difficilmente le Case della Comunità potranno avere un impatto positivo sull’assistenza territoriale.

Il punto che desta perplessità è lo standard previsto di una Casa di Comunità ogni 50mila abitanti circa; si tratta di un parametro matematico che non considera i contesti geo-demografici e socioeconomici quanto mai diversificati lungo la penisola. Le Case della Comunità così dimensionate saranno adatte alle aree urbane ad elevata densità o perlomeno nei comuni superiori a 40 mila abitanti. Lo saranno meno nelle zone extraurbane, tenuto conto che il 90% degli 8mila comuni italiani ha meno di 15mila abitanti e che il 30% della popolazione abita in località con meno di 10mila residenti. Con questi parametri si è fatto un passo indietro rispetto alla bozza circolata nei mesi scorsi, che prevedeva 1 casa ogni 25 mila abitanti circa, e si rischia di passare dalla medicina di prossimità, più volte evocata, alla medicina di distanza: le case della comunità ogni 46mila abitanti e i COT ogni 99mila non potranno garantire una buona accessibilità nelle zone disagiate e nei comuni con popolazione sparsa in frazioni dove, peraltro, è presente in modo capillare la MG.

► **La Medicina di Prossimità**

Medicina di prossimità significa rapporto stretto con il proprio territorio mentre con lo *standard* previsto per le Case della Comunità - dove si dovrebbero concentrare decine di Mmg in un'unica struttura - non garantisce un solido legame con l'area di riferimento nelle zone extra-urbane. Nei comuni dove le Case della Comunità non saranno attuabili per questioni logistiche, l'attuale rete di studi di Medicina Generale, in particolare le medicine di gruppo, le Unità Complesse Multiprofessionali e AFT introdotte dalla riforma Balduzzi del 2012, continuerà ad essere un punto di riferimento per i cittadini. I residenti in zone montane con difficoltà di collegamenti stradali, già ora penalizzati per la distanza dagli ospedali, non potranno di fatto gravitare e fruire della Casa di Comunità. Inoltre, difficilmente i Mmg accetteranno di lasciare i propri studi, diffusi capillarmente sul territorio, per confluire in poliambulatori lontani dalle residenze dei propri assistiti. Con il concreto rischio di costruire mega-strutture calate sul territorio, non di prossimità ma di distanza, con difficoltà a reperire le figure professionali necessarie al loro regolare funzionamento.

Bisogna inoltre considerare che in alcune regioni esiste già una rete di Case della Salute più o meno articolata e strutturata, come quella dell'EmiliaRomagna attivata a partire dal 2010. Per disegnare un nuovo assetto della rete territoriale bisogna quindi partire dalle esperienze consolidate, che suggeriscono di adottare un'architettura flessibile basata su una diversificazione modulare delle strutture, a tipo Hub&Spoke (nella scheda di programma del Pnrr se ne accenna, ma senza una declinazione coerente

TABELLA 1

PNRR e nuova policy del territorio: un esempio pratico di cambiamento*

	Regione Lombardia	ATS Milano
Case della comunità	216	75
Centrali Operative Territoriali	101	35
Ospedali di comunità	64	22

*Numero di strutture in rapporto agli abitanti della Lombardia (10 milioni) e dell'ATS di Milano (oltre 3 milioni)

te nel progetto di Case della Comunità). Se si vuole realizzare concretamente un'assistenza di prossimità, adatta ai bisogni della popolazione, ai contesti e alle risorse professionali disponibili, conviene adottare una strategia incrementale e flessibile a partire dall'esistente, più che una soluzione rigida e standardizzata, con tutti i rischi che porta con sé. In quest'ottica si può immaginare un *network* composto da strutture modulari su 3/4 livelli di crescente complessità:

- piccole, ovvero le attuali medicine di gruppo/Unità complesse o i micro team, nei comuni con meno di 10-15 mila abitanti, con adeguato personale segretariale, infermieristico e di ambulatori specialistici di base;
- medie, per un bacino di 15 e 30mila residenti in comuni limitrofi sul modello emiliano, con ambulatori specialisti, infermieristici, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, postazione di CA e sede di AFT;
- grandi, nei comuni con più di 30mila abitanti e nei quartieri cittadini, con ulteriori servizi come nelle grandi case della Salute emiliane, ovvero il modello di Case della Comunità del Pnrr;
- HUB di Comunità: strutture che riuniscono Ospedali di Comunità, Case della Comunità e COT in aree urbane densamente popolate o per comuni sparsi, con un bacino di utenza di 100-150mila abitanti. Case della Comunità distribuite a pioggia, con criteri ragionieristici a

prescindere dalle caratteristiche orografiche e geo-demografiche sarebbero le classiche cattedrali nel deserto con una presenza simbolica di Mmg e sganciate dall'organizzazione territoriale reale. Le Case della Comunità hanno senso se inserite nella rete sociosanitaria esistente a partire dalla Medicina Generale, a dimensione orizzontale e non gerarchica, composta da nodi professionali e non professionali autonomi, ma interdipendenti; le strutture fisiche dovrebbero assolvere primariamente funzioni di coordinamento, comunicazione e integrazione tra i nodi della rete per garantire l'assistenza di prossimità, ambulatoriale e domiciliare, e prestazioni specialistiche di primo livello facilmente accessibili.

Anche la previsione di un ADI tecnologica, come soluzione per la cura delle persone con polipatologie desta qualche riserva; i soggetti fragili e soprattutto non autosufficienti hanno bisogno di assistenza *ad personam* per l'accudimento quotidiano e il soddisfacimento dei bisogni primari, ovvero di badanti o supporto a *caregiver* familiari. Per l'assistenza domiciliare bastano periodici accessi del Mmg in ADP e un'ADI prevalentemente infermieristica, che assicuri controlli periodici di parametri clinici, aderenza ed educazione terapeutica, medicazioni/prelievi etc. mentre saranno pochi coloro che usufruiranno di una telemedicina di non agevole utilizzo.